





DISTRICTO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020  
Tel. 669-205-4000 fax: 408-847-4717  
www.gilroyunified.org

SUPERINTENDENTE

Dr. Deborah A. Flores, Ph.D.

MEZA DIRECTIVA

Enrique Diaz ♦ B.C. Doyle ♦ Tuyen Fiack ♦ Mark Good  
Anisha Munshi ♦ James E. Pace ♦ Linda Piceno

Requisitos de Matriculación Escolar

1. Comprobante de nacimiento (uno es requerido)

- Acta/partida de nacimiento
- Acta de bautismo
- Pasaporte
- Otro \_\_\_\_\_

2. Cartilla de vacunas al corriente – Incluyendo los requisitos de la prueba de tuberculosis (PPD)

3. Comprobante de domicilio

Esta hoja le ayudará en el proceso de comprobante de domicilio. Por favor lleve el **original** y una copia de uno de los documentos de la Categoría Uno y los **originales** y copias de dos de los documentos en la Categoría 2 a la escuela primaria de área de asistencia. Si no tiene a la disponibilidad una copiadora nosotros le haremos las copias. **Se le regresarán los documentos originales** el mismo día y las copias serán entregadas junto con la hoja de comprobante de domicilio.

Por favor dirija toda pregunta a la oficina de la escuela de su área de asistencia.

Comprobantes de domicilio de cada una de las siguientes categorías: (se requieren 3 documentos a la fecha en total)

<p>Categoría 1 (Se requiere 1 documento)</p>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Estado de cuenta de la hipoteca</li><li><input type="checkbox"/> Impuestos de propiedad</li><li><input type="checkbox"/> Contrato de compra de propiedad (escrow)</li><li><input type="checkbox"/> Contrato de alquiler de vivienda</li></ul>

<p>Categoría 2 (Se requieren 2 facturas de pago)</p>
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Factura de PG&amp;E</li><li><input type="checkbox"/> Factura del agua de la ciudad de Gilroy</li><li><input type="checkbox"/> Factura de la basura/reciclaje</li><li><input type="checkbox"/> Factura del servicio de teléfono de casa/no celular</li><li><input type="checkbox"/> Factura del servicio de cable</li><li><input type="checkbox"/> Contrato de seguro de vivienda/inquilino</li></ul>

**DEBE TRAER LOS DOCUMENTOS ORIGINALES PARA COMPROBANTES**

**Si hay la sospecha que algunos documentos son falsos, estos serán investigados por el Especialista de Verificación de Domicilio del Distrito Escolar Unificado de Gilroy.**



**GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
**Enrollment Center**

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020  
 Tel. 669-205-4000 fax: 408-847-4717  
 www.gilroyunified.org

**SUPERINTENDENT**  
 Dr. Deborah A. Flores, Ph.D.

**BOARD OF EDUCATION**  
 Enrique Diaz ♦ B.C. Doyle ♦ Tuyen Fiack ♦ Mark Good  
 Anisha Munshi ♦ James E. Pace ♦ Linda Piceno

**2019-2020**  
**Mobilidad**  
 (Confidencial)

<b>Información del Estudiante</b>			
Nombre de Estudiante		Fecha de Nacimiento	
<b>Grupo Étnico / Raza</b>			
¿Cual es el grupo étnico de su niño/a? ( <b>Marque Uno</b> )			
Hispano o Latino (Cuba, México, Puerto Rico, América Central o América del Sur o de otro grupo u origen de alguna cultura hispana)		No Hispano o Latino	
<b>¿De qué raza es su niño/a? (Puede marcar hasta cinco categorías)</b>			
<i>La pregunta de la parte de arriba es sobre su grupo étnico, no la raza. No importa lo que haya marcado arriba, por favor continúe contestando lo siguiente marcando uno o más cuadritos, según considere cual es su raza.</i>			
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (Personas de origen de cualquiera de las razas originarias de América del Norte, Central o del Sur)	<input type="checkbox"/> Laosiano (206) <input type="checkbox"/> Camboyano (207) <input type="checkbox"/> Hmong (208) <input type="checkbox"/> Otro grupo asiático	<input type="checkbox"/> Tahitiano (304) <input type="checkbox"/> De alguna isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Filipino (400) <input type="checkbox"/> Afro-Americano/Negro (600)	<input type="checkbox"/> Anglo (700) (personas de origen europeo, del Norte de África, o del Medio Oriente)
<input type="checkbox"/> Chino (201) <input type="checkbox"/> Japonés (202) <input type="checkbox"/> Coreano (203) <input type="checkbox"/> Vietnamés (204) <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205)	<input type="checkbox"/> Hawaiano (301) <input type="checkbox"/> Guameño (302) <input type="checkbox"/> Samoano (303)		
<b>MOBILIDAD (Requerido/obligatorio)</b>			
1. Indique el grado en el cual está inscrito/a su niño/a		TK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
2. Indique el grado en el que su niño entró cuando ingresó/asistió por primera vez a este distrito		TK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	
3. ¿Cuándo asistió/va a asistir por primavera vez su niño a la escuela en los Estados Unidos? Mes _____ Año _____			



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE GILROY  
Oficina de la Superintendente

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020  
Tel. 669-205-4000 fax: 408-847-4717  
www.gilroyunified.org

SUPERINTENDENTE

Dra. Deborah A. Flores, Ph.D.

MESA DIRECTIVA DE EDUCACIÓN

Enrique Diaz ♦ B.C. Doyle ♦ Tuyen Fiack ♦ Mark Good  
Anisha Munshi ♦ James E. Pace ♦ Linda Piceno

## Verificación de domicilio para todos los estudiantes entrando a 9° grado- Fecha límite 29 de marzo de 2019

10 de enero de 2019

Estimados padres de estudiantes de 8° grado,

Como parte del proceso de transición a la preparatoria, nos estamos comunicando con todos los padres y tutores de los estudiantes de 8° grado para recordarles del proceso de verificación de domicilio del distrito antes de entrar a la preparatoria. Para poder mantener a los estudiantes matriculados a un nivel que es justo para todos, requerimos a todos los estudiantes entrantes a 9° grado que presenten comprobante de domicilio para la preparatoria de su área apropiada de asistencia por domicilio.

**Todos los estudiantes entrantes a noveno grado deben presentar "comprobantes de domicilio", como parte del proceso de transición a la preparatoria, para el viernes, 29 de marzo de 2019 a las 4:00 p.m.** Los estudiantes que no entreguen el papeleo a tiempo pueden ser asignados a la escuela fuera de su área de asistencia basado en recursos y disponibilidad de espacio.

Todo caso de sospecha de papeleo fraudulento será investigado por el investigador de verificación de domicilio del Distrito Escolar Unificado de Gilroy. El Distrito puede referir los casos de los cuales información falsa ha sido intencionalmente presentada, a la Oficina de la Fiscalía para que se tome más acción y o se entable acción civil para recuperar los daños incurridos como resultado de presentar información falsa. El uso de domicilios fraudulentos no es aceptable. Su cooperación y entendimiento es esencial para el proceso.

Como distrito de CHARACTER COUNTS!® esperamos que todos participen en conducta que está formada a los seis pilares de honradez que enseñamos a nuestros estudiantes; integridad, respeto, responsabilidad, justicia, bondad y civismo.

Somos muy afortunados como distrito de tener dos preparatorias de tan alta calidad ofreciendo un alcance similar y amplio de cursos (incluyendo 20 cursos avanzados) que son enseñados por maestros altamente calificados. Por favor asista a la junta de orientación para los estudiantes entrando a 9<sup>o</sup>. grado que está programada para el 4 de febrero de 2019 para que se informe más de la preparatoria de su estudiante.

Gracias por su tiempo.

Atentamente,

Dra. Deborah A. Flores, Ph.D  
Superintendente



GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA <sup>1,2,3</sup>				
Ingreso a K-12	4 Polio <sup>4</sup>	5 DTaP <sup>5</sup>	3 Hep B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela
(7°-12°) <sup>8</sup>	1 Tdap				
Paso a 7° grado <sup>9,10</sup>	1 Tdap <sup>8</sup>			2 Varicela <sup>10</sup>	

- Los requisitos para ingresar a K-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (por ejemplo, MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de vacunas. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna administrada cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia este requisito.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una vacuna con protección contra la pertussis (tos ferina) administrada al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola, las paperas

## INSTRUCCIONES:

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

**ADMITA INCONDICIONALMENTE** a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente de acuerdo con 17 CCR sección 6051
- Una exención por creencias personales (presentada antes de 2016) de acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

**ADMITA CONDICIONALMENTE** a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas (17 CCR sección 6050).

## CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
<b>Polio #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Polio #3</b>	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>Polio #4<sup>1</sup></b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>DTaP #3<sup>2</sup></b>	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
<b>DTaP #4</b>	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
<b>DTaP #5</b>	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
<b>Hep B #2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
<b>Hep B #3</b>	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
<b>MMR#2</b>	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
<b>Varicela #2</b>	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años de edad o después.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

**La asistencia continua** después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.

**¿Tiene preguntas?**

Vea el "California  
Immunization Handbook"  
(en inglés) en  
[ShotsForSchool.org](http://ShotsForSchool.org)

# Información sobre Tuberculosis e infección de Tuberculosis Latente

## ¿Qué es la tuberculosis?

La tuberculosis es una enfermedad causada por una bacteria que se transmite por el aire de una persona a otra. Aunque más a menudo la tuberculosis afecta los pulmones, puede llegar a afectar cualquier parte del cuerpo, incluyendo los ganglios linfáticos, huesos, riñones y el cerebro. La tuberculosis puede convertirse en una enfermedad muy seria y llegar a ser fatal. Por fortuna, se puede prevenir, tratar y curar.

## ¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?

Los síntomas de la tuberculosis pueden incluir fiebre, pérdida de peso, sudores nocturnos y fatiga. Si la tuberculosis afecta los pulmones, los síntomas pueden incluir una tos que dura más de 2 o 3 semanas, sangre al toser y dolor en el pecho. Si usted tiene alguno de estos síntomas, necesita ir a un doctor.

## ¿Es la tuberculosis un problema en el Condado de Santa Clara?

Sí. Nuestro condado tiene el tercer número más alto de casos en California. Los condados de Los Ángeles y San Diego ocupan el primero y segundo lugar respectivamente. La incidencia de tuberculosis en el Condado de Santa Clara es 3 veces mayor que a nivel nacional. Se calcula que el 8.5% de los residentes de nuestro condado tienen una infección de tuberculosis latente, no obstante, la mayoría no lo sabe.

## ¿A quiénes afecta la tuberculosis en el Condado de Santa Clara?

La tuberculosis puede infectar a cualquier persona que vive, trabaja o respira en contacto cercano con alguien que tiene tuberculosis activa e infecciosa, sin importar edad, sexo o nivel socioeconómico. En este condado, más del 90% de los pacientes con tuberculosis son personas que nacieron fuera de los Estados Unidos, pero que en su mayor parte han vivido en este país durante más de 5 años. En el Condado de Santa Clara, la mayoría de casos se encuentran en personas nacidas en Vietnam, Filipinas e India.

## ¿Cómo se contagia la tuberculosis?

La bacteria que causa tuberculosis se transmite entre personas a través del aire, cuando alguien con tuberculosis en los pulmones o la garganta tose, estornuda o habla. Las personas que estén cercas se pueden infectar al respirar la bacteria, sobre todo si están en contacto cercano o prolongado. Cuando alguien es infectado pero no presenta síntomas o señales de tuberculosis activa, se dice que tiene una infección de tuberculosis latente.

## ¿Cuál es la diferencia entre la infección de tuberculosis latente y tuberculosis activa?

Cuando alguien tiene en su cuerpo la bacteria que causa tuberculosis, pero su cuerpo evita que la bacteria se desarrolle, no tiene síntomas ni señales de la enfermedad. A esto se le llama infección de tuberculosis latente y no se contagia a otras personas.

Cuando el cuerpo ya no puede evitar que la bacteria se desarrolle, esta se multiplica y causa la enfermedad. Las personas con infección de tuberculosis latente pueden llegar a sufrir tuberculosis activa semanas o muchos años después de haber sido infectadas. Las personas con tuberculosis activa en sus pulmones o garganta se enferman y pueden contagiar a los demás. El riesgo de desarrollar tuberculosis activa es más alto en personas cuyo sistema inmune está debilitado.

### **Una persona debe hacerse la prueba para detectar tuberculosis latente si...**

- Estuvo en contacto cercano o prolongado con alguien que tiene tuberculosis en los pulmones o la garganta.
- Nació en un país con un nivel alto de tuberculosis (países que no son Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelandia, o de Europa Occidental y del Norte).
- Sufre de una enfermedad que le pone en más riesgo de contraer tuberculosis, como VIH, diabetes, enfermedad terminal de los riñones; cáncer de cabeza, cuello o pulmones, leucemia, linfoma o silicosis; tiene antecedente de gastrectomía o desviación gástrica; o su peso es muy bajo.
- Usa medicamentos que debilitan su sistema inmune (quimioterapia, medicamentos para evitar rechazo de trasplante, inhibidores TNF alfa, esteroides orales equivalentes a 15mg de prednisona o más tomados por lo menos durante un mes).
- Se ha inyectado drogas ilegales.
- Fuma
- Ha trabajado o permanecido en un asilo, albergue, cárcel, u otro lugar con un grupo de personas; ha trabajado en un centro de atención médica.

### **¿Cómo sé si tengo la infección de tuberculosis latente?**

Para saber si usted tiene la bacteria de tuberculosis, hay una prueba que se aplica en la piel (TST o PPD), y otra que consiste en un análisis de sangre (Quantiferon o T-spot).

Si la prueba resulta positiva, es probable que usted tenga la bacteria de la tuberculosis en su cuerpo. La mayoría de las personas cuyas pruebas de tuberculosis (en la piel o de sangre), son positivas, tienen la infección de tuberculosis latente. Para confirmar que no tiene tuberculosis activa, su doctor le hará un examen y ordenará una radiografía de los pulmones. A veces, es necesario hacer otras pruebas para determinar si alguien tiene tuberculosis latente o activa.

### **¿Y si alguien recibió la vacuna contra la tuberculosis (BCG)?**

La vacuna contra la tuberculosis (BCG), puede ayudar a prevenir que niños pequeños se enfermen seriamente de tuberculosis. Pero esta protección se va perdiendo al aumentar la edad. Una persona que ha sido vacunada aún puede llegar a tener tuberculosis latente o tuberculosis activa. Alguien que recibió la vacuna tiene la opción de hacerse la prueba de sangre o en la piel. Aunque tiene la opción de hacerse cualquiera de las dos pruebas, es mejor que se haga la de sangre, ya que a esta prueba no la afecta el hecho de haber recibido la vacuna; lo que significa que su resultado solo será positivo si tiene la bacteria de tuberculosis en el cuerpo.

### **¿Cuál es el tratamiento para una infección de tuberculosis latente?**

Una infección de tuberculosis latente se puede tratar con medicamento para prevenir que se convierta en tuberculosis activa. Usualmente el tratamiento consiste en tomar un medicamento llamado isoniazid (INH), diariamente durante 9 meses. Hay un nuevo tratamiento que consiste en isoniazid y rifapentine, tomados una vez por semana durante 3 meses.

### **¿Por qué debo tomar medicamento aun si no me siento enfermo?**

Si usted tiene una infección de tuberculosis latente, significa que aunque no esté enfermo, la bacteria radica en su cuerpo. Si no toma el tratamiento para tuberculosis latente, después podría llegar a tener la enfermedad activa. Es importante que tome el tratamiento completo para que este sea efectivo y la bacteria no desarrolle resistencia. En pacientes que toman el medicamento como se indica, el riesgo de sufrir tuberculosis activa se reduce en más de 90%.

***Para más información sobre la tuberculosis, vea <http://www.cdc.gov/tb/topic/basics/default.htm> o acuda al Departamento de Salud Pública del Condado de Santa Clara.***

## REQUISITOS DE VACUNAS PARA MATRICULACIÓN ESCOLAR

Las siguientes vacunas son necesarias para cumplir con el requisito de la Ley de Vacunas Escolares y el Código de Salud y Seguridad de California Secciones 120325-120375:

### VACUNA:

POLIO	#1	#2	#3	#4	
DPT/DTaP/DT/Td	#1	#2	#3	#4	#5
Tdap Booster ((1 dosis a o después de los 7 años)	#1				
MMR (los dos administrados a 1 año de edad o después)	#1	#2			
Hepatitis B	#1	#2	#3		
Varicela	#1	#2			

**PRUEBA DE TUBERCULOSIS** (estudiante entrando a kindergarten y los estudiantes que vengan de afuera del Condado Santa Clara para entrar a los grados 1 a 12 deben presentar el formulario de examen de tuberculosis para entrar a la escuela (TB Risk Assessment for School Entry) completado por su médico. Este debe estar completado dentro de doce meses antes de la matriculación escolar o transferencia. Los estudiantes que hayan salido del país por 12 meses o más necesitan un formulario nuevo de examen de tuberculosis (TB Risk Assessment for School Entry) completado en los últimos 12 meses.) El examen de Tuberculosis del Departamento de Salud Pública del Condado Santa Clara para entrar a la escuela es el único formulario de examen aceptable.

Copia de todas las vacunas

### NECESITA HACER UNO DE LOS SIGUIENTES INMEDIATAMENTE:

Llevar este formulario a su doctor o departamento de salud local para recibir las vacunas necesarias. Luego traernos la cartilla de vacunas actualizada y o el formulario de examen de tuberculosis para entrar a la escuela completado por su médico. La cartilla de su hijo debe incluir la fecha de las vacunas y la firma del médico o el sello.

**Conforme a la ley del estado, no podemos permitir a su hijo asistir a la escuela /guardería al menos que recibamos evidencia que los requisitos mencionados ya han sido cumplidos.**

Si tiene preguntas o requiere de información adicional por favor llame a la oficina de la escuela y hable con la enfermera.

Atentamente,

Servicios de Salud

Child's Name: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ Male/Female School: \_\_\_\_\_  
 Last, First month/day/year

Address \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_\_  
 Street City Zip

## Santa Clara County Public Health Department Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

**This form must be completed by a U.S. licensed primary care provider and returned to the child's school.**

1. Was your child born in, or has your child resided in or traveled to (for more than one week) a country with an elevated TB rate?\*  Yes  No
2. Has your child been exposed to anyone with TB disease?  Yes  No
3. Has a family member had a positive TB test or received medications for TB?  Yes  No
4. Was a parent, household member, or visitor who stayed in the child's home for >1 week, born in a country with an elevated TB rate?\*  Yes  No
5. Is your child immunosuppressed [e.g. due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha inhibitor or high-dose systemic steroids (e.g. prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks)]?  Yes  No

\*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e. travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

**If YES**, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST performed in the U.S. or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥2 years in the U.S.) or TST (performed at age ≥6 months in the U.S.).

**All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.**

**Enter test results for all children with a positive risk assessment:**

Interferon Gamma Release Assay (IGRA) Date: _____	Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD) Date placed: _____ Date read: _____	Induration _____ mm Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Chest X-Ray Date: _____ Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
LTBI Treatment Start Date: _____ <input type="checkbox"/> Rifampin daily - 4 months <input type="checkbox"/> Isoniazid/rifapentine - weekly X 12 weeks <input type="checkbox"/> Isoniazid daily - 9 months <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ <input type="checkbox"/> Treatment medically contraindicated: _____ <input type="checkbox"/> Declined against medical advice
Please check one of the boxes below and sign: <input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test. <input type="checkbox"/> Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease. <input type="checkbox"/> Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and no TB symptoms.	
_____ Health Care Provider Signature, Title <span style="float: right;">Date</span>	

**Name/Title of Health Provider:**

**Facility/Address:**

**Phone number:**

# County of Santa Clara

## Public Health Department

Tuberculosis Prevention & Control Program  
976 Lenzen Avenue, Suite 1700  
San José, CA 95126  
408.885.2440



### Testing Methods

An Interferon Gamma Release Assay (IGRA, i.e. QuantiFERON or T-SPOT.TB) or Mantoux tuberculin skin test (TST) should be used to test those at increased risk. An IGRA can be used in all children  $\geq 2$  years old and is preferred in BCG-vaccinated children to avoid a false positive TST result. A TST of  $\geq 10$ mm induration is considered positive. If a child has had contact with someone with active TB disease (yes to question 2 on reverse), or the child is immunosuppressed, then TST  $\geq 5$  mm is considered positive. If a BCG-vaccinated child has a positive TST, and an IGRA is subsequently performed and is negative, testing is considered negative unless the child was exposed to someone with TB disease or is immunosuppressed. For immunosuppressed children, screening should be performed by CXR in addition to a TST/IGRA (consider doing both) and symptom review.

### Evaluation of Children with Positive TB Tests

- All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a CXR (posterior-anterior and lateral is recommended for children  $<5$  years old). A CXR is not required for a positive TST with negative IGRA in a BCG-vaccinated child, or if the child has documentation of prior treatment for TB disease or treatment for latent TB infection.
- For children with TB symptoms (e.g. cough for  $>2-3$  weeks, shortness of breath, hemoptysis, fever, weight loss, night sweats) or an abnormal CXR consistent with active TB disease, report to the County of Santa Clara Public Health Department TB Program within one day. The child will need to be evaluated for TB disease with sputum AFB smears/cultures and nucleic acid amplification testing. A negative TST or IGRA does not rule out active TB disease in a patient with symptoms or signs of TB disease. The child cannot enter school unless active TB disease has been excluded or treatment has been initiated.
- If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI). Do not treat for LTBI until active TB disease has been excluded.
- Short-course regimens (rifampin daily for four months or 12-dose weekly isoniazid/rifapentine) are preferred (except in persons for whom there is a contraindication, such as a drug interaction or contact to a person with drug-resistant TB) due to similar efficacy and higher treatment completion rates as compared with 9 months of daily isoniazid

### Treatment Regimens for Latent TB Infection

- Rifampin 15 - 20 mg/kg (max. 600 mg) daily for 4 months
- 12-dose Weekly Isoniazid/Rifapentine (3HP) Regimen:
  - Isoniazid
    - 2-11 years old: 25 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
    - $\geq 12$  years old: 15 mg/kg rounded up to nearest 50 or 100 mg (max. 900 mg)
  - Rifapentine
    - 10.0-14.0 kg: 300 mg
    - 14.1-25.0 kg: 450 mg
    - 25.1-32.0 kg: 600 mg
    - 32.1-50.0 kg: 750 mg
    - $>50$  kg: 900 mg
  - Vitamin B6 50 mg weekly
- Isoniazid 10 mg/kg (range, 10-15 mg/kg; max. 300 mg) daily for 9 months. Recommended pyridoxine dosage is 25 mg for school-aged children (or 1-2 mg/kg/day).

For additional information: [www.sccphd.org/tb](http://www.sccphd.org/tb) or contact the TB Control Program at (408) 885-2440.

## Formulario de Evaluación de Salud Dental

La ley de California (Sección 49452.8 del Código de Educación) estipula que su hijo(a) tenga un examen dental a más tardar el 31 de mayo de su primer año en escuela pública. Un profesional de salud dental licenciado por el estado de California y operando dentro del alcance de su práctica debe hacer el examen y completar la Sección 2 de éste formulario. Si su hijo(a) ha tenido un examen dental en los 12 meses antes de comenzar la escuela, pídale a su dentista que llene la Sección 2 del formulario. Si no le es posible llevar a su hijo(a) a hacerle el examen dental, llene la Sección 3.

### Sección 1: Información del Estudiante (Completado por el padre o tutor)

Primer Nombre del Niño(a):	Apellido:	Inicial:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:			Unidad:
Ciudad:			Código Postal:
Nombre de la Escuela:	Maestro(a):	Grado:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del Padre o Tutor:	Raza u Origen Étnico del(a) Niño(a): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido		

### Sección 2: Oral Health Data Collection (Filled out by a California licensed dental professional)

*(Información de Salud Dental – completada por el profesional de salud dental)*

**IMPORTANT NOTE:** Consider each box separately. Mark each box.

Assessment Date: <i>(fecha de evaluación)</i>	<b>Caries Experience</b> (Visible decay and/or fillings present) <i>(caries visibles y/o empastes presentes)</i>  <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>	<b>Visible Decay Present:</b> <i>(caries visibles presentes)</i>  <input type="checkbox"/> Yes <i>(sí)</i> <input type="checkbox"/> No <i>(no)</i>	<b>Treatment Urgency</b> <i>(urgencia de tratamiento):</i> <input type="checkbox"/> No obvious problem found <i>(no se encuentra ningún problema obvio)</i> <input type="checkbox"/> Early dental care recommended (caries without pain or infection; or child would benefit from sealants or further evaluation) <i>(se recomienda atención dental; caries sin dolor o infección, el niño se beneficiaría de sellador o evaluación adicional)</i> <input type="checkbox"/> Urgent care needed (pain, infection, swelling or soft tissue lesions) <i>(se necesita atención urgente; dolor, infección, hinchazón, lesiones)</i>
---	---	--	---

_____ <b>Licensed Dental Professional Signature</b> <i>(Firma del Profesional de Salud Dental)</i>	_____ <b>CA License Number</b> <i>(Número de Licencia de California)</i>	_____ <b>Date</b> <i>(Fecha)</i>
--	--	--

### Sección 3: Exoneración del Requisito de Evaluación de Salud Dental

**A ser completado por el padre o tutor quien solicita ser exonerado de éste requisito**

Por favor excuse a mi hijo(a) de tener el examen dental ya que: (Marque el encasillado que mejor describa la razón)

- No he podido encontrar una oficina dental que acepte el plan de seguro de mi hijo(a).  
 El plan de seguro dental de mi hijo(a) es:  
 Medi-Cal/Denti-Cal     Healthy Families     Healthy Kids     Otro \_\_\_\_\_     Ninguno
  - No puedo pagar por el examen dental de mi hijo(a).
  - No deseo que mi hijo(a) reciba un examen dental.
- Opcional: otra razón por la cual mi hijo(a) no pudo tener un examen dental: \_\_\_\_\_

**Si quiere ser excusado de éste requisito:** ► \_\_\_\_\_  
*Firma del padre o tutor*
*Fecha*

La ley estipula que las escuelas deberán mantener privada la información de salud de los estudiantes. El nombre de su hijo(a) no se utilizará en ningún reporte hecho a consecuencia de dicha ley. Esta información solo se utilizará para propósitos relacionados con la salud de su hijo(a). Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su escuela.

**Devuelva éste formulario a la escuela a más tardar el 31 de mayo** del primer año escolar de su hijo(a).  
*El original será guardado en el registro escolar del estudiante.*